社会保険（**市町村国保、国保組合以外**）の被扶養者であった方に係る「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」

①

あなたは次のどれに該当していましたか？	1．職場の健康保険の本人 ⇒ この回答書の提出は不要です。 2．**職場の健康保険の扶養家族 ⇒ 以下の項目に記入して提出してください。** **3．市町村の国民健康保険 ⇒ この回答書の提出は不要です。** 4．国民健康保険組合 ⇒ この回答書の提出は不要です。 5．上記以外 ⇒ この回答書の提出は不要です。

②

あなたの住所			
（フ リ ガ ナ） あなたの氏名		生年月日	昭和　年　月　日
		電話番号	
後期高齢者医療被保険者番号（８桁） ※資格確認書の一番上の欄に記載しています。			

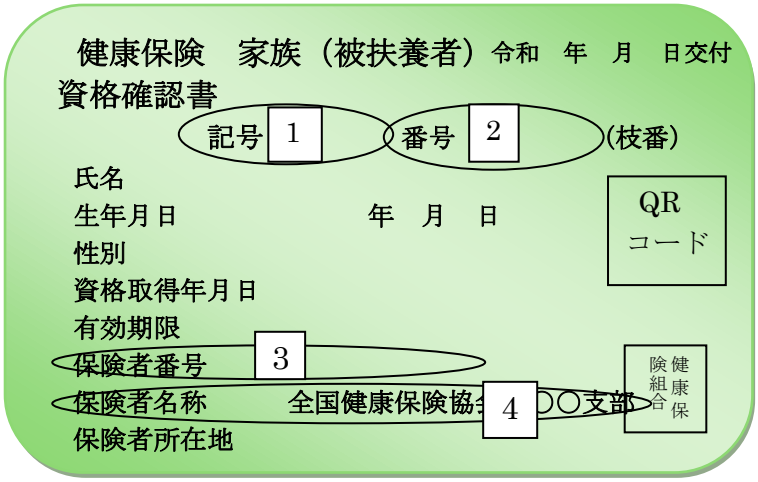
③

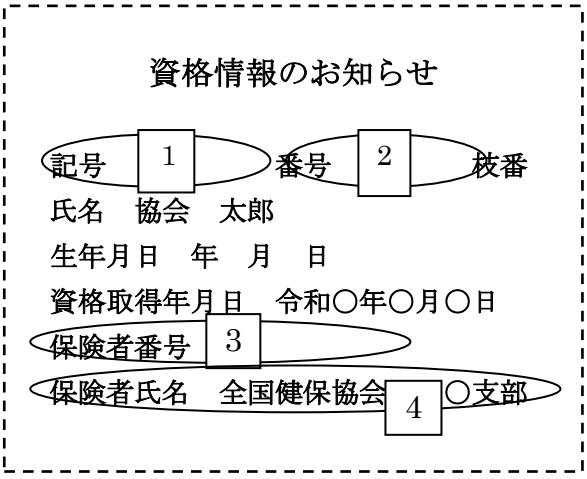
職場の健康保険から資格喪失証明書（連絡票）を受け取っていますか？	1．受けとっている ⇒ 資格喪失証明書等をこの回答書に添えて提出してください。 2．受け取っていない ⇒ **誕生日（資格取得日）前日に加入していた資格確認書または資格情報のお知らせのコピー**をこの回答書に添付して下さい。無い方は以下の項目に記入して提出してください。

④

記　号(見本の 1)		番号(見本の 2)	
健康保険の本人氏名 ※本人とは、あなたではなく、会社等に勤めている方のことです。		（フリガナ）	
事業所	所 在 地		
	名　　称		
保険者	番　号(見本の 3)	（４～８桁）	
	名　称(見本の 4)	（全国健康保険協会○○支部、○○健保組合など）	

●社会保険等の資格確認書、資格情報のお知らせの見本





記載例

社会保険（**市町村国保、国保組合以外**）の被扶養者であった方に係る「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」

①

あなたは次のどれに該当していましたか？	1．職場の健康保険の本人 ⇒ この回答書の提出は不要です。 **(2.) 職場の健康保険の扶養家族 ⇒ 以下の項目に記入して提出してください。** **3．市町村の国民健康保険 ⇒ この回答書の提出は不要です。** 4．国民健康保険組合 ⇒ この回答書の提出は不要です。 5．上記以外 ⇒ この回答書の提出は不要です。

②

あなたの住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇番〇号		
（フ リ ガ ナ） あなたの氏名	コウイキ　タロウ 広域　太郎	生年月日	昭和　〇〇年　〇月　〇日
		電話番号	097-534-1771

後期高齢者医療被保険者番号（８桁） ※資格確認書の一番上の欄に記載しています。	0	1	2	3	4	5	6	7

③

職場の健康保険から資格喪失証明書（連絡票）を受け取っていますか？	1．受けとっている ⇒ 資格喪失証明書等をこの回答書に添えて提出してください。 **(2.) 受け取っていない ⇒ 誕生日（資格取得日）前日に加入していた資格確認書または資格情報のお知らせのコピー**をこの回答書に添付して下さい。無い方は以下の項目に記入して提出してください。

④

記　号(見本の 1)	１００	番号(見本の 2)	１２３４５
健康保険の本人氏名 ※本人とは、あなたではなく、会社等に勤めている方のことです。		（フリガナ）　コウイキ　イチロウ 広域　一郎	

事業所	所 在 地	大分市東春日町１７番２０号							
	名　　称	大分県後期高齢者医療広域連合							
保険者	番　号(見本の 3)	（４～８桁）	0	0	0	0	1	2	3	4
	名　称(見本の 4)	〇〇〇健康保険組合　（全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健保組合など）							

●社会保険等の資格確認書、資格情報のお知らせの見本

